

В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Л. О. Гриценко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»
Дніпро, Україна

V. M. Lekhan, L. V. Kryachkova, L. O. Gritsenko

SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine»
Dnipro, Ukraine

ДОКАЗОВА ПРОФІЛАКТИКА В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Evidence based prevention in the practice of general practice doctor – a family doctor

Резюме

Мета дослідження – оцінити масштаби використання на первинному рівні скринінгових тестів з доведеною ефективністю та рівень обізнаності керівників закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо їх доказовості.

Матеріали і методи. Проведене соціологічне дослідження серед 40 керівників первинної ланки охорони здоров'я Дніпропетровської області за самостійно розробленою анкетною. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмних продуктів Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927) та STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням методів описової, параметричної і непараметричної статистики.

Результати та обговорення. У дослідженні прийняло участь 40 керівників закладів віком від 35 до 62 років, середній вік обстежених склав 48,35 років (95% ДІ 45,59–51,12 років).

За результатами дослідження виявлено недостатній рівень обізнаності керівників первинної ланки у питаннях доказової профілактики. Визначена певна невідповідність спектру скринінгових досліджень, що використовуються на первинному рівні у нашій країні критеріям доказової профілактики.

Це можна пояснити наявністю як термінологічних, так і змістовних відмінностей стосовно інструментарію профілактики захворювань в рамках національної системи охорони здоров'я (диспансеризація, масові профілактичні медичні огляди) та сучасними підходами використання скринінгових програм, орієнтованих на певні групи ризику.

Висновки. Сформований в Україні підхід до профілактики є застарілим, оскільки вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами. Такий стан речей вимагає

Abstract

The purpose of research: to assess the rate of using evidence-based screening at the primary health care and awareness level of the managers primary health care institutions regarding their evidence.

Materials and methods. Social research was conducted among 40 managers primary health care institutions who works in Dnipropetrovsk region with the help of self-developed feedback form. Statically collation was conducted with the help of computer programs such as Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927) and STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., № AGAR909E415822FA) using descriptive, parametric and non-parametric statistics.

Results and discussion. 40 managers at the age of 35 to 62 of different institution took part in research. The middle age of examined persons was 48,35 years with 95% CI 45,59–51,12 years. The results of research showed insufficient level of knowledge in the sphere of evidence-based prevention. The certain discrepancy was defined in the spectrum of screening studies which use at primary level in our country by the criteria of evidence based prevention.

This can be explained with the help of presence both terminological and substantive differences relative to the tools of preventing diseases within the national health system (dispensary, mass prophylactic medical examinations) and modern methods of using screening programs targeted at certain risk groups.

Conclusions. The formed method of prevention in Ukraine as it contradicts with proven effective international approaches. This state of affairs requires the existence of special document of organization of screening studies, the establishment of a register of patients, the formation of a national body in the country who will be responsible for policies in the field of preventive medicine.

наявності єдиного документу з організації скринінгових досліджень, створення реєстру пацієнтів, формування в країні національного органу який буде відповідати за політику в сфері превентивної медицини.

Ключові слова: доказова профілактика, соціологічне опитування, скринінг, керівники первинної медико-санітарної допомоги.

Keywords: evidence based prevention, sociological survey, screening, managers primary health care institutions.

ВСТУП

Сучасне визначення профілактики – пріоритетного стратегічного напрямку розвитку охорони здоров'я кожної європейської держави сформувалося в рамках Європейської політики «Здоров'я 2020», після отримання достатньої соціально-економічної аргументації [2] та наукового обґрунтування [1] на користь економічної ефективності проведення низки заходів з запобігання виникнення та розвитку захворювань.

Аспект доказовості щодо організації превентивних медичних заходів та відповідна термінологія у різних варіаціях (science-based prevention, evidence-based prevention, evidence-based prevention strategy, evidence-based public health) використовується в англомовних джерелах з початку 2000-х років [8, 9], тоді як у нас в країні найменування напрямку «доказова профілактика» набуло вжитку нещодавно [6], а відповідне його наповнення не відбулося і до теперішнього часу, оскільки зусилля галузі націлені переважно на виявлення захворювань без подальшого керованого лікування хворих.

Так само, як у клінічній практиці була визнана цінність доказової медицини, так і діяльність галузі превентивної охорони здоров'я повинна ґрунтуватися на результатах найкращих наявних наукових досліджень. Дані, що засновані на доказах, можуть надавати інформацію стосовно того, чи є стратегія профілактики ефективною, помірно ефективною або неефективною у досягненні бажаних результатів.

На теперішній час зберігається прихильність світової медичної спільноти щодо принципів, згідно з якими первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) на принципах загальної практики/сімейної медицини є ключовою ланкою у організації та проведенні профілактичних заходів і збереженні здоров'я населення [2].

В нашій країні отримано певний позитивний досвід щодо успішної реалізації скринінгових програм на первинному рівні. Так дослідження роботи лікарів первинної ланки у Дніпропетровському регіоні у 2012–2013 рр. показало, що рутинне вимірювання кров'яного тиску може здійснювати 96,7% лікарів ПМСД незалежно від первісної причини звернення пацієнтів при забезпеченні

достатнім обладнанням і інструментарієм та при застосуванні певних мотиваційних і роз'яснювальних заходів [3].

Однак, незважаючи на отриманий позитивний досвід та наявний потенціал, профілактична спрямованість медичного обслуговування української охорони здоров'я носить скоріше декларативний, ніж практичний характер, а доказова профілактика поки що значною мірою існує на концептуальному рівні [4]. Вищезазначена суперечність між необхідністю підвищення ефективності превентивних медичних заходів в нашій країні та реальною обізнаністю щодо доказової профілактики і залученістю первинної ланки у цей процес і обумовило актуальність проведеного дослідження.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити масштаби використання на первинному рівні скринінгових тестів з доведеною ефективністю та рівень обізнаності керівників закладів ПМСД щодо їх доказовості.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено соціологічне дослідження серед 40 керівників первинної ланки охорони здоров'я Дніпропетровської області за самостійно розробленою анкетною, яка включала низку запитань відкритого та закритого характеру стосовно фактичного та доцільного використання скринінгових тестів у дорослих на рівні ПМСД. Доведено ефективні скринінг тести для дорослих та кратність їх застосування обґрунтовані робочою групою профілактичних програм США та Американською асоціацією сімейних лікарів [5].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмних продуктів Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927) та STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням методів описової, параметричної і непараметричної статистики. Перевірка розподілу кількісних показників на відповідність нормальному закону проводилася за критерієм Шапіро-Уїлка. Розраховувалися відносні та середні величини (середня арифметична (M) при нормальному розподілі кількісних даних та медіана (Me) при асиметричному

показники їх варіації (стандартне відхилення (SD) та інтерквартильний розмах (RQ 25–75%) відповідно) та 95,0% довірчі інтервали (95% ДІ). Оцінку статистичної значущості відмінностей відносних показників проводили за критерієм Хі-квадрат Пірсона (2), у тому числі з поправкою Йейтса, при значеннях, близьких до 0 або 100%.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні прийняло участь 40 керівників закладів ПМСД Дніпропетровського регіону віком від 35 до 62 років, середній вік обстежених складав 48,35 (8,29) років – М (SD) з 95% ДІ 45,59–51,12 років. Стаж роботи на посаді організатора охорони здоров'я (ООЗ) коливався від 10 до 36 років з медіанним значенням 26,0 (15,0–30,0) років – Ме (25–75%).

Переважаючи більшість з числа опитаних – 38 осіб (95,0%) вказали, що скринінгові дослідження застосовуються для виявлення факторів ризику у населення; 17 (42,5%) – для виявлення хронічних неінфекційних захворювань, а 2 (5,0%) – інфекційних захворювань. Практично усі опитані (39 осіб – 97,5%) зазначили, що скринінгові дослідження дозволяють запідозрити наявність захворювання або його ризику; а чверть – виявити наявність фактору ризику. Вочевидь більшість вказала лише одну відповідь на дане запитання, оскільки не відокремлювала поняття визначення захворювання та виявлення фактору ризику.

Такий рівень обізнаності керівників ПМСД можна пояснити наявністю як термінологічних, так і змістовних відмінностей стосовно інструментарію профілактики захворювань в рамках національної системи охорони здоров'я (традиційною процедурою ще з радянських часів є диспансеризація, першим етапом якої виступають масові профілактичні медичні огляди) та засадами доказової профілактики, в рамках якої основним дієвим механізмом вважаються скринінгові програми, орієнтовані на певні групи ризику.

На теперішній час є доведеним, що регулярне проходження періодичних профілактичних оглядів безсимптомними особами у віці до 65 років не знижує показники загальної смертності та смертності від окремих причин [9]. На міжнародному рівні сформовано чітку, доказову методологічну базу профілактики на основі цільового профілактичного скринінгу на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку і факторів ризику [7, 9].

Респондентам пропонувалося заповнити таблицю щодо фактичного та доцільного, з позицій доказової профілактики, використання скринінгових тестів у дорослих. У перелік заходів, були включені тести, що мають доведену

ефективність для раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань та їх факторів ризику, проведення яких обґрунтовано з позицій доказової медицини та інформацію про які можна знайти у доступній літературі [4, 5]. Результати порівняльного аналізу щодо фактичних досліджень та доказових профілактичних втручань, за даними проведеного опитування, наведено у таблиці 1.

Вимірювання артеріального тиску (АТ) у якості скринінгового обстеження на артеріальну гіпертензію (АГ) було названо усіма респондентами з числа тих, хто відповів на запитання, як у якості фактичного, так і доказового тесту. За даними опитування, вимірювання АТ фактично проводять при зверненні пацієнтів обох статей, переважно після 40 років (44,7% з числа тих, хто назвав цей метод) і тільки – 23,7% вказують, що з 18 років. Існуюча практика відбивається і на думках керівників ПМСД щодо доказовості тесту – лише 50,0% що називають тест доведено ефективним, вважають, що вимірювання АТ потрібно проводити, починаючи з 40 років. Щодо періодичності доказового дослідження домінує підхід – за зверненням пацієнтів без вказівки на кратність.

Частка опитаних, що назвали аналіз крові на холестерин при скринінговому дослідженні на дисліпідемію, ішемічну хворобу серця (ІХС) була вищою без статистично значущих розбіжностей ($\chi^2 = 1,13$; $df = 1$; $p = 0,2878$) при назві фактичного дослідження, ніж при зазначенні доказовості тесту, що свідчить про те, що керівники первинної ланки не є достатньо обізнаними з приводу даного питання. Це підтверджується відповідями щодо контингенту обстеження, який вказували у 81,0% випадків у діапазоні від 30–40 років, як для фактичного, так і для доказового дослідження. Правильних відповідей щодо визначення вікового інтервалу не зафіксовано.

Спостерігаються статистично значущі розбіжності ($\chi^2 = 39,73$; $df = 1$; $p < 0,0001$) при визначенні ультразвукового дослідження (УЗД) у якості скринінгового тесту на аневризму черевної аорти як доказового тесту (20,8% з числа тих, хто відповів на запитання) та фактичного дослідження (100,0%).

Серед хибно названих респондентами ефективними скринінгових тестів при виявленні аневризми черевної аорти: ангіографія з контрастуванням – 39,1%; комп'ютерна томографія з контрастом – 26,1%; рентгенографія – 13,0%. Щодо контингенту, якому показане дане обстеження називали обидві статі переважно старших вікових груп та вважали, що проведення дослідження необхідне тільки при наявності відповідних скарг.

Таблиця 1

**Фактичні скринінгові обстеження та доцільні (з доведеною ефективністю)
на думку опитаних керівників ПМСД,
(% опитаних респондентів, що назвали тест, з числа тих, хто відповів на запитання)**

Захворювання / стан	Фактичні дослідження		Доказовий скринінговий тест [4, 5]		Порівняння (χ^2 щодо співпадання тесту)
	Найменування дослідження, що фактично проводиться	%, що назвали тест	Найменування тесту (контингент, вік, частота)	%, що назвали тест	
Артеріальна гіпертензія (АГ)	Вимірювання АТ	100,0%	Вимірювання АТ усім дорослим з 18 років кожні 2 роки	100,0%	–
Ризик ІХС. Дисліпідемія	Аналіз крові на холестерин	92,1%	Холестерин. Усім чоловікам з 35-річного віку, при наявності факторів ризику ІХС – з 20 років, як чоловікам так і жінкам. Періодичність – кожні 5 років	83,3%	$\chi^2 = 1,13$ df = 1 p = 0,2878
	Вимірювання АТ	7,9%			
Аневризма черевної аорти	УЗД	100,0%	Одноразово при негативному результаті УЗД черевної аорти у чоловіків курців та тих, то коли-небудь палив, у віці 65–75 років	20,8%	$\chi^2 = 39,73$ df = 1 p < 0,0001
Зловживання алкоголем	Анкетування	20,6%	Оцінка кількості вживаного алкоголю (анкета AUDIT-C) в усіх з 18 років	0%	$\chi^2 = 3,27$ df = 1 p = 0,0260
	Алкотести, аналізи крові та сечі	79,4%			
Ожиріння	Визначення ІМТ	94,4%	Визначення ІМТ (індексу маси тіла)	88,5%	$\chi^2 = 0,73$ df = 1 p = 0,3933
	Визначення ваги	5,6%			
Куріння	Визначення курильного статусу (опитування)	60,0%	Визначення курильного статусу (опитування). Усім дорослим, починаючи з 18 років – опитування і подальше консультування щодо відмови	83,3%	$\chi^2 = 2,85$ df = 1 p = 0,0913
	Спірометрія	40,0%			
Рак шийки матки	Мазок на онкоцитологію	97,4%	Мазок на онкоцитологію з 21 року (кожні 3 роки) + ВПЛ (вірус папіломи людини) тест з 30 років до 65 років (кожні 5 років)	100% ВПЧ 10,3%	$\chi^2 = 0,02$ df=1 p = 0,8809
Рак молочної залози	Мамографія	100%	Мамографія жінкам 50–75 років кожні 2 роки	89,3%	$\chi^2 = 2,00$ df = 1 p = 0,1569
Колотеральний рак	КПК, РМС, КС	100%	Кал на приховану кров (КПК) або ректороманоскопія (РМС) або колоноскопія (КС) усім дорослим у віці 50–75 років	82,9%	$\chi^2 = 4,56$ df = 1 p = 0,0328
Рак легенів	Нижньодольова КТ	0%	Нижньодольова комп'ютерна томографія легенів у курців щорічно з 55 до 80 років, якщо – індекс пачко/років ≥ 30	28,1%	$\chi^2 = 9,08$ df = 1 p = 0,0026
	Флюорографія	65,7%			
	Рентген	34,3%			
Цукровий діабет	Глюкоза плазми натще	100%	Глюкоза плазми натще при ІМТ ≥ 25 кг/м ² і наявності інших (≥ 1) факторів ризику ЦД кожні 3 роки	87,0%	$\chi^2 = 2,52$ df = 1 p = 0,1123
Депресія	Опитування	100%	Опитування на виявлення симптомів депресії. За умов, якщо є персонал, навчений лікуванню депресії	100%	$\chi^2 = 2,52$ df = 1 p = 0,1123
Остеопороз	Денситометрія	85,2%	Денситометрія або ризик переломів по FRAX усім жінкам старше 65 років	50,0%	$\chi^2 = 6,51$ df = 1 p = 0,0107
	Рентген	14,8%			

Щодо визначення курильного статусу шляхом опитування (скринінг на куріння) виявлено розбіжності, що не мали статистичної значущості ($\chi^2 = 2,85$; $df = 1$; $p = 0,0913$), фактично (60,0%) та при практиці в рамках доказової профілактики (83,3%).

Стосовно обстеження на зловживання алкоголем, чинний підхід з позицій доказової медицини – проведення спеціального опитування з визначенням дози спиртного, у якості дослідження з доведеною ефективністю не назвав жоден з опитуваних, його зазначили лише серед фактичних обстежень 20,6% керівників первинної ланки, що відповіли на запитання ($\chi^2 = 3,27$; $df = 1$; $p = 0,0260$). У переліку фактичних досліджень згадуються алкотести, аналізи повітря, що видихається, спеціальні аналізи сечі та крові, обстеження на вміст гамма-глутамилтранспептидази. Цей же перелік фігурує у якості досліджень на алкоголь з доведеною ефективністю.

Визначення індексу маси тіла (ІМТ) у якості скринінгу на ожиріння зазначається більшістю опитаних, як у якості фактичного дослідження (94,4%), так і тесту з доведеною ефективністю – 88,5% ($\chi^2 = 0,73$; $df = 1$; $p = 0,3933$), однак 5,6% вказали на те, що фактично лікарі обмежуються визначенням ваги пацієнтів.

Мазок на онкоцитологию для скринінгу на рак шийки матки назвали у якості рутинного фактичного тесту майже усі опитані (97,4%) і усі з числа тих, хто вказав на тест як дослідження з доказаною ефективністю. Однак лише незначна частка (10,3% з числа тих, хто відповів на запитання) вказали на необхідність дослідження на вірус папіломи людини (ВПЛ). Також опитані керівники закладів первинного рівня не були однастайні щодо вікових інтервалів обстеження та не знали, що на теперішній час змінено рекомендований вік проведення скринінгу на рак шийки матки з 21–65 років до 30–65 років [7].

Рекомендований скринінг на рак молочної залози – маммографія кожні 2 року у жінок 50–75 років на практиці виконується згідно рекомендацій, на що вказали усі респонденти, що відповіли на дане запитання, однак щодо доказовості цього тесту частка опитаних (10,7% з числа тих, хто відповів на запитання) сумнівалася і назвали ультразвукове дослідження (УЗД) у якості «золотого стандарту», водночас статистичних розбіжностей у фактичній реалізації та віднесенні цього тесту до доказового не виявлено ($\chi^2 = 2,00$; $df = 1$; $p = 0,1569$).

Доказано ефективні дослідження для виявлення колотерального раку: кал на приховану кров (КПК), ректороманоскопія (РМС) або колоноскопія (КС) були названі у якості фактичних проводимих досліджень усіма з опитаних, хто відповів на дане запитання. Однак виявлені статистично значущі розбіжності

($\chi^2 = 4,56$; $df = 1$; $p = 0,0328$) з віднесенням цих обстежень до доказано ефективних, частина опитаних (17,1%) сумнівалися в цьому і назвали у якості стандарту – комп'ютерну томографію.

Необізнаність щодо фактичного контингенту та частоти проведення скринінгу на колотеральний рак (8,0% вважають що обстежувати потрібно тільки чоловіків; 89,3% старших 40 років; 33,3% – тільки при наявності скарг) екстраполюються на зміст рекомендацій в контексті доказової профілактики.

Нижньодольова комп'ютерна томографія (КТ) легенів курців у якості скринінгу на виявлення раку легенів не проводиться у клінічній практиці; за даними опитування для даної мети використовується рентгенографія (34,3% опитаних) та флюорографія (65,7%). На жаль, лише 28,1% респондентів обізнані щодо даного питання і знають про доведено ефективний скринінг ($\chi^2 = 9,08$; $df = 1$; $p = 0,0026$).

Глюкоза плазми натще називалася у якості фактичного тесту усіма респондентами, у якості скринінгу з доказовою ефективністю – 87,0% ($\chi^2 = 2,52$; $df = 1$; $p = 0,1123$), решта опитаних назвала у якості доведено ефективного обстеження аналіз на глікозильований гемоглобін. Недостатня обізнаність керівників ПМСД виявлена і щодо частоти обстеження на ЦД (усі вказали 1 раз на рік), вікових груп (42,3% вважають, що обстеженню підлягають особи після 40 років) та факторів ризику, що є критерієм проведення скринінгу (низька фізична активність; діабет у родичів першого ступеня кривості – батьки, брати і сестри; у жінок – народження дитини вагою більше 4 кг або гестаційний діабет, або синдром полікістозу яєчників). Ці чинники не вказав жоден з опитаних.

По скринінгу на депресію спостерігається однастайність думок та збіг фактичних досліджень з доказано ефективними.

Денситометрію у якості фактичного скринінгу на остеопороз у жінок, 85,2% опитаних вказали у якості дослідження, яке фактично проводиться, однак виникають сумніви у реальності такої практики. Некоректність таких суджень підтверджується розбіжностями ($\chi^2 = 6,51$; $df = 1$; $p = 0,0107$) з часткою тих, хто відніс цей скринінг до доказано ефективних (50,0%).

Такі протиріччя (частка віднесення тесту до доказово ефективного менша ніж частка відзначення його у якості фактичного дослідження) доволі часто зустрічалися при опитуванні: ІХС, аневризми черевної аорти, анкетування щодо алкогольного статусу, визначення ІМТ, маммографія, скринінг на колотеральний рак, ЦД, денситометрія. Це можна пояснити тим, що керівники воліють виглядати якомога найкраще, вказуючи на те, що вони на практиці виконують усі накази і розпорядження, а от реальна ситуація та

стан власної обізнаності щодо доказової профілактики, яка частково відбивається на думках щодо доказано ефективних тестів, їх не сильно турбує. Так на запитання щодо доказовості тесту дали відповідь в середньому 44,2% (95% ДІ 39,0–49,4%) опитаних, тоді як на питання щодо фактичних досліджень 61,0% (95% ДІ 54,2–67,8%) зі статистично значущими розбіжностями ($t = 3,822$; $df = 51$; $p = 0,0004$).

Отже, керівники закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, більш націлені на виконання директивно-нормативних документів, ніж на володіння сучасними знаннями у сфері профілактики. Якщо припустити займання відповідних посад фахівцями немедичних спеціальностей (юристами, економістами тощо), то можна прогнозувати виникнення ще більших прогалин у розумінні сучасних базових підходів до організації та проведення профілактичних заходів.

В Україні традиційним методом профілактики залишається диспансеризація, організація якої регламентована наказом Міністерства охорони здоров'я від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення». Водночас в розроблених останніми роками уніфікованих клінічних протоколах з окремих станів вінозологій можна знайти рекомендовані скринінгові тести, що базуються на наукових доказах та алгоритм проведення не медикаментозної та/або медикаментозної корекції факторів ризику.

Зазначена суперечливість у нормативних актах окрім того, що створює певну правову колізію, може спричинити негативний вплив на якість профілактичної роботи та сприяти неефективному використанню обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Докази ефективності стратегій профілактики повинні бути важливим чинником при прийнятті рішень щодо політики охорони здоров'я нашої країни, а заснована на фактичних даних практика покликана стати основним вектором розбудови сектору громадського здоров'я.

За результатами соціологічного дослідження серед керівників закладів ПМСД, визначена певна невідповідність спектру скринінгових

досліджень, що використовуються на первинному рівні у нашій країні критеріям доказової профілактики. Так нижньодольова комп'ютерна томографія легенів у курців для виявлення раку легенів, що є доведено ефективним втручанням, замінюються на практиці рентгеном та флюорографією; недостатньо часто використовується визначення курильного статусу за опитуванням, анкетування для оцінки кількості вживаного алкоголю.

Можна констатувати, що при наявності певного рівня обізнаності щодо призначення скринінгових досліджень, серед ООЗ первинної ланки існують ще прогалини у питаннях доказової профілактики, що вимагає підвищення їх кваліфікації за даним напрямом.

З іншого боку виявлено, що більшість опитаних керівників закладів ПМСД вважають, що те, що вони виконують на практиці, користуючись наявною нормативною базою, є правильним та знімають з себе тягар по оцінці та аналізу доказовості медичних втручань.

Базуючись на доказових даних, в більшості країн з розвиненими системами охорони здоров'я перейшли від загальних періодичних медичних оглядів до застосування цільового профілактичного скринінгу на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку і факторів ризику. Проте треба відзначити, що у всьому світі, попри значну кількість інформації про фактори ризику і втручання, спрямовані на зниження ризиків основних причин захворювання, бази даних, в яких описується ефективність цих втручань, обмежені [10].

Сформований в Україні підхід до профілактики є застарілим, оскільки вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами. Такий стан речей вимагає наявності єдиного документа з організації скринінгових досліджень, який об'єднає у собі усю актуальну інформацію, що зустрічається у різних клінічних рекомендаціях та буде формалізованим документом, який вимагатиме виконання та не буде відволікати пересічних лікарів від повсякденної діяльності. Також потрібно створення реєстру пацієнтів, формування в країні національного органу який буде відповідати за політику в сфері превентивної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аргументы в пользу инвестиций в общественное здоровье. Краткий доклад по вопросам общественного здравоохранения для ОФОЗ-8 / [ЕРБ ВОЗ]. – Копенгаген: Региональное издательство ВОЗ, 2014. – 40 с.

2. Здоровье–2020: основы европейской по-

литики и стратегия для XXI века / [ЕРБ ВОЗ]. – Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2013. – 224 с.

3. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Колесник В. І. Оцінка ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підста-

ві аналізу профілів лікарської діяльності // Сучасні медичні технології. – 2015. – № 4. – С. 4–11.

4. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Максименко О. П., Заярський М. І., Бродська Е. В. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 159–165.

5. Максимова Ж. В., Максимов Д. М. Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний // Архивъ внутренней медицины. – 2014. – № 6 (20) – С. 52–56.

6. Пузанова О. Г. Доказова медична профілактика: міжнародний досвід // Семейная медицина. – 2016. – № 6 (68). – С. 34 – 37.

7. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular

disease prevention in clinical practice // European Heart Journal. – 2016. – № 37 (29). – P. 2315–2381.

8. Brownson R. C., Fielding J. E., Maylaln C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice // Annu Rev Public Health. – 2009. – № 30. – P. 175–201.

9. Krogsbøll L. T., Jørgensen K. J., Grønhøj Larsen C., Gøtzsche P. C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review) / Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. – Issue 10. – Art. No: CD009009. – 140 p.

10. Thacker S. B., Ikeda R. M., Giesecker K. E. et al. The evidence base for public health informing policy at the Centers for Disease Control and Prevention // Am. J. Prev. Med. – 2005. – № 29 (3). – P. 227–233.

REFERENCE

1. ERBVOZ(2014)Argumentyvpolzuiinvesticij v obshhestvennoe zdorove. Kratkij doklad po voprosam obshhestvennogo zdavoohranenija dlja OFOZ–8 [The case for investing in public health. A public health summary report for EPHO 8]. Kopengagen: Regionalnoe izdatelstvo VOZ, pp. 40.

2. ERB VOZ (2013) Zdorove–2020: osnovy evropejskoj politiki i strategija dlja XXI veka [Health 2020: the European policy for health and well-being] Kopengagen: Regionalnoe izdatelstvo VOZ, pp. 244.

3. Lehan V. M., Krjachkova L. V., Kolesnik V. I. (2015) Ocinka roli likariv pervinnoi lanki u virishenni poshirenih medichnih problem pacientiv na pidstavi analizu profiliv likars'koї dijalnosti [Evaluation of the role of primary care physicians in the solving common health issues of patients by analyzing doctor's activity profiles]. Suchasni medichni tehnologii, no 4, pp. 4–11.

4. Lehan V. M., Krjachkova L. V., Maksimenko O. P., Zajarskij M. I., Brodska E. V. (2017) Porivnjal'nij analiz pidhodiv do profilaktiki v Evropi ta Ukraїni [Comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine]. Ukraїna. Zdorovja naciї, no 3, pp. 159–165.

5. Maksimova Zh. V., Maksimov D. M. (2014) Skrining: sovremennij vzgljad na rannjuju diagnostiku i profilaktiku hronicheskikh

neinfekcionnyh zabolevanij [Screening: a modern view of early diagnostics and prevention of chronic non-infectious diseases]. Arhiv vnutrennej mediciny, no 6, iss. 20, pp. 52–56.

6. Puzanova O. G. (2016) Dokazova medichna profilaktika: mizhnarodnij dosvid [Evidence based medical prevention: international experience]. Semejnaja medicina, no 6, iss. 68, pp. 34–37.

7. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. (2016) 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal, no. 37, iss. 29, pp. 2315–2381.

8. Brownson R. C., Fielding J. E., Maylaln C. M. (2009) Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. Annu. Rev. Public Health, no 30, pp. 175–201. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100134

9. Krogsbøll L. T., Jørgensen K. J., Grønhøj Larsen C., Gøtzsche P. C. (2012) General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review). Cochrane Database Syst Rev., Iss. 10, 140 p. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub2

10. Thacker S. B., Ikeda R. M., Giesecker K. E., Mendelsohn A. B., Saydah S. H., Curry C. W., Yuan J. W. (2005) The evidence base for public health informing policy at the Centers for Disease Control and Prevention. Am. J. Prev. Med., no 29, iss. 3, pp. 227–233. doi: 10.1016/j.amepre.2005.05.007

Стаття надійшла до редакції 17.11.2017